



※以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。なお、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為にのみ使用いたします。

ふりがな

氏名

お電話番号 () 生年月日 () 年 () 月 () 日 年齢 () 歳

ご住所 ()

メールアドレス ()

本日希望の施術 プラズマパルサー ・ フェイシャル ・ アロマトリートメント ・ その他 ()

目的 体質改善 ・ 疲労回復 ・ 健康増進 ・ 美容目的 ・ リラクゼーション ・ 治療の補助
その他 ()

症状がある方は具体的にご記入ください

既往歴はありますか？ ある方は具体的にご記入ください
()
()

現在治療中の病気 ない ・ ある ()

アレルギーの有無 ない ・ ある (喘息 ・ 鼻炎 ・ 皮膚炎 ・ 花粉症 ・ その他)

プラズマパルサーをご希望の方に

体内に金属や機器（ボルト・ペースメーカーなど）が入っていますか？ いいえ ・ はい

当サロンを何でお知りになりましたか？
ホームページ ・ 知人の紹介（紹介者名：)
医師の勧め ・ その他 ()

その他、ご質問などある場合はご記入ください